

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |     |  |                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| 氏名                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              | 様   |  | 病名                                                                                                    |                                                                                       | 症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 年 月 日 |  |
| 入院病日経過                                                                                                | 入院当日                                                                                                                                                                                         | 2日目 |  | 3日目                                                                                                   |                                                                                       | 退院療養計画書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |       |  |
|                                                                                                       | 月 日                                                                                                                                                                                          | 月 日 |  | 月 日                                                                                                   |                                                                                       | 退院日(3日目)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |       |  |
| 月 日                                                                                                   | 月 日                                                                                                                                                                                          | 月 日 |  | 月 日                                                                                                   |                                                                                       | 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |       |  |
| 目標                                                                                                    | ・ポート造設後、合併症なく過ごすことができる                                                                                                                                                                       |     |  |                                                                                                       |                                                                                       | 病棟 □5きた □5みなみ □7きた その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |       |  |
| 食事                                                                                                    | ・入院当日は昼のみ禁食です。<br>・飲水は少量摂取可能です。<br>・施術より帰室後、食事や飲水制限はありません。                                                                                                                                   |     |  | <input type="checkbox"/> 体調に合わせて食事内容の変更が可能です。<br>ご相談ください。<br><input type="checkbox"/> 医師の指示で特別食となります。 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |       |  |
| 安静度                                                                                                   | ・安静度に制限はありません。                                                                                                                                                                               |     |  |                      |                                                                                       | 次回外来受診日<br>月 日<br><br>再診時にポート部の抜糸があります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |       |  |
| 排泄                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |     |  |                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |
| 清潔                                                                                                    | ・感染予防のため、食事・排泄の前後は手洗いとアルコール消毒剤（2プッシュ）を手指全体にすり込んで消毒を行ってください。                                                                                                                                  |     |  |                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |
| 処置検査治療                                                                                                | ・ポート造設前に点滴を実施します。                                                                                                                                                                            |     |  | ・レントゲンがあります。<br>・ポート部に点滴の針を穿刺します。                                                                     |                                                                                       | ☑ポート部のフィルム剤は再診時までそのまま貼っておいてください。<br>剥がれてしまった場合はそのままでも構いません。<br>☑ポート造設した方の手は重いものを長時間持つ等の負担をかけ過ぎないようにしましょう。<br>☑ポートのカードはお財布等に入れて、持ち歩くようにしましょう。<br>☑内服などについては、薬剤師が病室へ訪問して説明します。<br>ご不明な点のご遠慮なくお聞きください。<br>☑退院後に疼痛増強やポート造設部周囲に腫脹が出現した場合は、次回受診を待たずに受診してください。<br>平日日中～消化器内科外来<br>夜間・休日～救急外来に電話し受診して下さい。<br><br>概算は退院前日に行います。<br>(退院日前日に事務員が概算用紙をお渡しします。)<br>退院当日に1階⑤お支払（退院精算）でお支払いをお願いします。 |  |       |  |
| 指導説明                                                                                                  | ・薬剤師から薬剤の説明を行います。<br>  |     |  | ・点滴周囲が濡れたり、針の部分が痛いときは看護師をお呼びください。<br>・ポート造設後、疼痛や嘔気等の症状があれば看護師をお呼びください。                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |
| 特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無  |                                                                                                                                                                                              |     |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |       |  |
| 備考                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |     |  | ・40歳以上の方は別紙《総合機能評価表》を用いて、総合的な機能評価を行う場合があります。                                                          |                                                                                       | ☆退院おめでとうございます。<br>                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |       |  |

注）状態に応じて予定が変更となる場合があります。

主治医 印 主治医署名  
※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 看護師 薬剤師 栄養士